In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Cancer du col de l’utérus

Dr N-Kherbouche
EPH Belfort

Généralitées

1-Définition:

*C'est l'ensemble des tumeurs développées au dépend la lignée pavimento-cylindrique

*Dans 90% des cas il s'agit d'un carcinome épidermoide et plus rarement d'un adénocarcinome

2- Intérêt

*il occupe :2ème place après le K du sein en Algérie

*Un des Kc les plus fréquent dans les pays en voie de développement

*Accessible au dépistage par le FCV

*Le rôle de l'infection HPV est bien établie

3-Etude épidémiologique :

*Incidence: 11à15 /100000 femmes

*Age : 45à55ans

*Facteurs de risques :

- -Rapports sexuelles précoce
- -1ère Grossesse jeune
- -Partenaires Multiples
- -multiparité
- -Tabagisme
- -Immunodépression
- -Niveau socioéconomique bas
- -Avitaminose (Carence en B carotène)
- -Infections génitales basses à répétition

4-Etiologie :

*Les infections cervicales à L'HPV sont considérés comme la 1ère cause de Kc du col surtout le sérotype 16 et 18

*Mode d'action est double :

-Diminution de l'immunité générale et locale

-Promotion d'oncogène cellulaire

Clinique

1-Signes fonctionnels:

*Métrorragies : signe révélateur faite de sang rouge abondant intermittent ou permanent ayant souvent un caractère provoqué par un RS ou toilette

*Leucorrhées : souvent striées de sang purulents ou au contraire banale

*Douleurs : signe tardif soit pelviennes ou sciatalgies (compression nerveuse)

*Signes urinaires et rectaux : dans les stades tardifs

*Signes généraux :Anémie et AEG

2-Signes physiques:

*Au speculum: Simple zone rouge , ulcération à fond nécrotique ou parfois un véritable cratère ,bourgeon friable et hémorragique

NB : Parfois normal soit F. limitées (intérêt de colpo), soit F.endocervicales (Manœuvres de Palmer)

*TV: précise le volume , irrégularité , l'induration , le siège et surtout l'étendue de la masse cervicale

*TR: apprécie l'état des paramètres

*Toucher bidigital : Etat de la cloison recto-vaginal

*Examen Général :ggionaire , pleuro pulmonaire , foie , rein , Ascite

Bilan d’extension

*TDM/IRM:

- Volume tumorale
- Rapport avec les autres viscères
- Atteinte des gg lombo aortiques

*TLT/TDM thoracique

*UIV

*Rectoscopie /Cystoscopie

*Echo/TDM abdominale

*Marqueurs tumoraux

-ACE: taux élevé dans les formes étendues , intérêt dans la SCE post opératoire
-SCC: antigène aquamous cell carcinoma

Anatomo-pathologie

1-Aspects Macroscopiques:

*F-Bourgeonnantes: végétant ou exophytique

*F-Ulcéré

*F-mixte ulcérobourgeonante

*F-infiltrante ou nodulaire

*F en barillet : forme occulte évoluant dans le canal cervical

2-Aspects Microscopiques:

*Carcinome épidermoide : 90 à95%

- -type kératinisant
- -Non kératinisant à gde cellules
- -Non kératinisant à petite cellules

*Carcinome glandulaire ou ADK :

- -ADK de type endocervical
- -ADK de type endométriode
- -ADK à cellules claires ou mésonéphroide

3- Autres :

Adénosquameux , sarcome , lymphome, métastase (estomac, ovaires colon…..)

4-Extension:

de façon progressive et systématique

*Locale : en surface à l'exocol et l'endocol

*Profondeur: dans la paroi cervicale

*Régionale: vers les paramètres , le vagin ,vessie rectum

l'extension à la vulve est possible , les annexes exceptionnelle

* Ganglionnaire : le long des vaisseaux utérins et les ligaments utéro sacrés

*Métastases : tardives hépatiques , pulmonaires , osseuses , cérébrales .....

Formes Cliniques

*F-évoluées:

-fistules néoplasiques vésicovaginales ou recto vaginales

-Métastases

-cachexie….

*Kc de l'endocol: diagnostic difficile,et tardif

-Spc: saignement spontané ou à la pression entre les valves (manœuvres de Palmer)

-TV: Col en barillet avec un OCI ouvert

*Kc du col restant : sur col après hystérectomie sub totale

* Kc du col resté

*Kc et Grossesse : intérêt de FCV devant tte hémorragie

Classification de la Figo

Tx:Tumeur primitive non évaluable

T0: Pas de lésion du col

Tis :Cancer in situ

(Stade 1) :Tumeur limité au col

*T1a (Stade IA):Tumeur non visible diagnostiquée par histologie

-T1a1 (Stade IA1):Profondeur d'invasion ≤ 3 mm et extension horizontale ≤ 7 mm

-T1a2(Stade IA2):Invasion > 3 mm et < 5 mm, et extension horizontale ≤ 7mm

*T1b(Stade IB) :Tumeur clinique ou tumeur > stade Ia

-T1b1(Stade 1B1) :Diamètre maximal ≤ 4 cm mesuré à l'IRM

-T1b2(Stade 1B2):Diamètre maximal > 4 cm

*(Stade II) :*Invasion en dehors du col mais ne touchant pas la paroi pelvienne ou le tiers inférieur du vagin

*Stade IIA:Dôme vaginal (2/3 supérieur) sans extension paramétriale

Stade IIA1≤ 4 cm

Stade IIA2> 4 cm

*Stade IIB:Atteinte paramétriale évidente

Stade III:

- Invasion du tiers inférieur du vagin et/ou jusqu'à la paroi pelvienne et/ou avec obstruction urétérale

Stade IV

*Stade IVa

Envahissement base vésicale et/ou paroi rectale

*Stade IVB

Métastases à distance

Le traitement

1-les Moyens :

A- Chirurgicaux:

*CHEL :colpohysterectomie élargie avec lymphadenectomie

*Pelvectomie antérieur et postérieur

*Trachelectomie Elargie: consiste en l'ablation du CDS vaginal , du col et du paramètre conservant l'utérus et donc la fertilité chez la femme jeune

B- Radiothérapie:

*Externe transcutanée pelvienne

*Curiethérapie: permet la stérilisation des lésions cervicales et

juxta cervicales

C-Chimiothérapie:

*Trt des métastases

*Réduction du volume tumorale

* diminution du risque de récidives

2-Les Indications:

*Stade I:

- Ia1: Trt conservateur (Conisation ou hystérectomie simple avec ou sans conservation ovarienne)
- Ia2: soit Trt conservateur avec curage ggionnaire ou Trt Radical CHEL
- Ib :

  < 1cm:

  *Curithérapie puis 4 à6 semaines après faire CHEL et radiothérapie postop si envahissement ggionnaire

  >1cm :

  *Radiothérapie puis curithérapie puis chirurgie 6-8semaine plus tard

  *Radiothérapie exclusive: externe puis curie

*Stade II:

IIa : Si Tm< 2cm meme Trt que Ib <1cm

Si non comme stade Ib >1cm

IIb:

Proximal:

* Radioth puis curie puis chirurgie

*Radioth exclusive

*Stade III : Radiothérapie exclusive

*Stade 4: Radiothérapie à titre palliatif

Kc du col et Grossesse:

*Début de Gsse : ITG puis TRT

*Plus tard : Mini césarienne puis TRT
ou attendre maturité fœtale en fonction de la Gsse ,
âge , parité et stade

Pronostic

* Stades localisées: survie à 5ans 80à85%

*Stades avancées : 55% IIb

30à40% III